

ОСНОВНЫЕ РЕСУРСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Заяц В.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Целью реформирования здравоохранения явилось сохранение и укрепление государственной системы здравоохранения, обеспечение социальной справедливости в области охраны здоровья, а также повышение экономической и клинической эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов здравоохранения.

Работа организаций здравоохранения Республики Беларусь в условиях значительного ограничения ресурсов было не только реальностью последних лет, но и важным фактором, стимулирующим поиск эффективных организационных форм работы. Надо было научиться достигать наилучшего результата с наименьшими затратами.

Удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП в 1999 году составлял 4,3%, в 2000 году – 4,2%, в 2001 году – 4,4%, в 2002 году – 4,2%, в 2003 году – 4,3%. Объем расходов на здравоохранение на 2004 год определен Министерством финансов в размере 4,75% в ВВП.

Объем фактических расходов в 2003 году составил 95,7% к утвержденному плану. По местным бюджетам расходы профинансированы на 96,8%, по республиканскому – на 88,8%.

В условиях финансовых ограничений наиболее реальным путем повышения доступности и качества медицинской помощи было создание равных экономических возможностей предоставления медицинской помощи посредством введения единого норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя на год.

По республике в целом за 2003 год для организаций здравоохранения системы Минздрава норматив бюджетной обеспеченности расходов в расчете на одного жителя составил 162,78 тыс. руб., профинансировано 155,75 тыс. руб. (95,7%).

Мировой опыт и рекомендации ВОЗ свидетельствуют, что оптимальным соотношением объемов финансирования первичного и всех последующих уровней следует считать 50% на 50%, в том числе с выделением трети средств на нужды амбулаторно-поликлинических организаций.

Принципиально важно объективировать для каждой лечебно-профилактической организации границу платной и бесплатной медицинской помощи, стандартизировать процесс ценообразования на медицинские услуги.

Перераспределение ресурсов на амбулаторный уровень включает перераспределение технологий, финансовых средств, ликвидацию дефицита кадров, создание консультативных, поликлинических подразделений на базе отдельных больниц, развитие амбулаторной хирургии с постепенным перераспределением потоков больных с отдельными массовыми хирургическими заболеваниями на поликлинический уровень.

Медицинские кадры являются главным ресурсом здравоохранения, способным многократно повысить эффективность деятельности системы в целом.

Основоположниками отечественного здравоохранения была создана система оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению. В основе организации работы поликлиники был заложен участковый принцип. Вводя должность участкового врача, Н.А.Семашко считал, что это будет фактически семейный врач, «домашний» врач, «друг семьи», ответственный за всех жителей участка. Чрезмерная специализация на уровне поликлиник разрушила эту идею и привела к появлению должности участкового терапевта

Назрела необходимость реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи. Если существующая практика работы поликлиник сохранится, при которой участковый врач по-прежнему не является ключевой фигурой и остается необоснованно высоким спрос на врачей-специалистов, реформы не принесут ожидаемых результатов.

Переход к институту врача общей практики (ВОП) закономерен и весьма актуален. Оплата деятельности ВОП и престиж в обществе должны быть соответствующими. Не менее важный вопрос – оснащение рабочих мест для приема больных, медицинское оборудование.

Переход должен быть поэтапным, потому что требуется реорганизация не только первичного звена, но практически всей системы здравоохранения.

Неудовлетворительно решается проблема закрепления врачебных кадров в организациях здравоохранения на селе. На конец 2003 года не были укомплектованы врачами 23 участковые больницы и 106 врачебных амбулаторий

Большая часть молодых специалистов не доезжают до села. Сегодня в сельском здравоохранении работает 30% пенсионеров.

Успех реформ в здравоохранении зависит и от подготовки управленческих кадров. По мнению патриарха американского менеджмента Питера Друкера, исторические успехи нации на 80% определяются не природными ресурсами и технологиями, а эффективностью управления. Нужна повседневная работа с резервом руководящих кадров, подготовка менеджеров здравоохранения.

Серьезную угрозу государственному здравоохранению в плане утечки кадров представляют коммерческие структуры медицинской и немедицинской направленности.

При всей важности и значимости материально-технической базы здравоохранения, налицо такие негативные явления, как ее старение. В результате предварительных осмотров в 2004 году была приостановлена эксплуатация 39 зданий. Необходимо обновлять материально-техническую базу, которая по некоторым видам аппаратуры достигла 80% износа, создавая угрозу превращения наших больниц из лечебных учреждений в гостиницы.

Следует отметить уменьшение в последние годы объемов капитального строительства и реконструкции лечебных учреждений с 3,9% до 2,2%.

Назрела проблема проведения паспортизации учреждений здравоохранения с целью получения представления об истинных их

возможностях в плане оказания диагностической и лечебно-профилактической помощи населению.

Бурный рост числа и стоимости лекарственных средств ведет к высоким затратам на лекарственное обеспечение при весьма низкой их отдаче. Решение данной проблемы – внедрение жесткой формулярной системы.

В 2003 году закуплено лекарственных средств на сумму 247,2 млрд. руб. Доля отечественных препаратов в общем объеме закупок увеличилась до 26,5%.

Реформы в системе здравоохранения должны носить системный характер, быть пролонгированы во времени, должны быть экономически и социально обоснованы и защищены.

Многое зависит от руководителей лечебно-профилактических организаций, которые должны ориентироваться на отказ от многолетней привычки к затратному хозяйствованию, учиться зарабатывать и экономить финансовые средства.

Если правительством будут соблюдены принципы финансирования, органами управления здравоохранением проявлена последовательность и целеустремленность, медицинскими коллективами поняты свои задачи, а в процесс преобразований вовлечено население, – успех реформ будет предопределен.

Разумный скептицизм по поводу любого начинания в здравоохранении всегда уместен. Зарубежный опыт показывает, что эта сфера весьма консервативна; изменение организации и финансирования происходят здесь эволюционным путем. Первые подходы, возможно не всегда удачные, дадут опыт преобразований. Жертвы неизбежны, но нельзя жертвовать здоровьем людей.